

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

406

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le Jeudi 27 Juillet 1893, à 1 heure,

PAR

EMILE LEMAIRE

Né à Villeneuve-sur-Billot (Seine-et-Marne), le 2 août 1864.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉRYSIPELE DES NOUVEAU-NÉS

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : { MM. BALLET, agrégé,
NÉLATON, BAR, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur de A. Parent

52, RUE MADAME, 52

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

406

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le Jeudi 27 Juillet 1893, à 1 heure,

PAR

EMILE LEMAIRE

Né à Villeneuve-sur-Billot (Seine-et-Marne), le 2 août 1864.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉRYSIPELE DES NOUVEAU-NÉS

~~~~~  
*Président : M. TARNIER, professeur.*

*Juges : { MM. BALLET, agrégé,  
NÉLATON, BAR, agrégés.*

~~~~~  
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

~~~~~  
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur de A. Parent

52, RUE MADAME, 52

—  
1893

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 | M. BROUARDEL.  |
| <b>Professeurs</b> .....                                           | MM.            |
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie.....                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | BAILLON.       |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                           | DIEULAFOY.     |
|                                                                    | DEBOVE         |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | LANNELONGUE.   |
| Anatomie pathologique.....                                         | CORNIL.        |
| Histologie.....                                                    | MATHIAS DUVAL. |
| Opérations et appareils.....                                       | TERRIER.       |
| Pharmacologie.....                                                 | POUCHET.       |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             | N.             |
| Hygiène.....                                                       | PROUST.        |
| Médecine légale.....                                               | BROUARDEL.     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | LABOULBÈNE.    |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | STRAUS.        |
|                                                                    | G. SÉE         |
| Cliniques médicales.....                                           | POTAIN.        |
|                                                                    | JACCOUD.       |
|                                                                    | HAYEM.         |
| Maladies des enfants.....                                          | GRANCHER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      | CHARCOT.       |
|                                                                    | LE FORT.       |
| Cliniques chirurgicales.....                                       | DUPLAY.        |
|                                                                    | LE DENTU.      |
|                                                                    | TILLAUX.       |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     | GUYON          |
| Clinique ophthalmologique.....                                     | PANAS.         |
| Cliniques d'accouchements.....                                     | TARNIER.       |
|                                                                    | PINARD.        |

## Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

## Agrégés en exercice.

| MM.         | MM.        | MM.               | MM.       |
|-------------|------------|-------------------|-----------|
| ALBARRAN    | DEJERINE   | MARFAN            | RETTERER  |
| ANDRÉ       | DELBET     | MARIE             | PICARD    |
| BALLET      | FAUCONNIER | MAYGRIER          | ROGER     |
| BAR         | GAUCHER    | MÉNÉTRIER         | SCHWARTZ  |
| BRISAUD     | GILBERT    | NÉLATON           | SEBILEAU  |
| BRUN        | GLEY       | NETTER            | TUFFIER   |
| CHANTEMESSE | HEIM       | POIRIER, chef des | VARNIER   |
| CHARRIN     | JALAGUIER  | travaux anatomi-  | VILLEJEAN |
| CHAUFFARD   | LEJARS     | ques.             | WEISS     |
|             | LETULLE    | QUENU             |           |

Secrétaire de la Faculté : M. C. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TARNIER

Chirurgien des hôpitaux,  
Membre de l'Académie de médecine,  
Commandeur de la Légion d'honneur.

## INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le D<sup>r</sup> Hutinel, aux Enfants-Assistés, plusieurs cas d'érysipèle chez les nouveau-nés, et notre savant maître a attiré notre attention sur ces cas. Il nous a montré combien cette affection chez l'enfant diffère de l'érysipèle de l'adulte, combien elle est plus grave, se rapprochant comme malignité de ce qu'elle est chez le vieillard. Aux deux âges extrêmes de la vie, la résistance de l'individu étant moindre, le même microorganisme produit des effets plus redoutables. L'enfant, en effet, se défend mal contre les poisons élaborés par les streptocoques, et que ceux-ci se développent dans son tégument externe comme cela a lieu pour l'affection que nous étudions, ou que le microbe se cultive dans les poumons ou le pharynx, comme cela a lieu dans les broncho-pneumonies, ou dans les septicémies médicales si bien décrites par MM. Hutinel et Claisse, chez l'enfant comme chez le vieillard, il tue le plus souvent. L'ennemi est le même que celui qui s'attaque à l'adulte, mais la place est moins forte, et l'organisme ne peut résister à l'assaut.

Nous ne voudrions pourtant pas affirmer que le streptocoque qui donne naissance à l'érysipèle du nouveau-né n'ait pas, dans certains cas, une virulence plus grande. Le plus souvent, en effet, comme nous le verrons dans nos observations, il se développe au pourtour

de la cicatrice ombilicale, et il a germé là parce que des microbes y avaient été déposés au moment de l'accouchement. Or les streptocoques de la septicémie puerpérale sont particulièrement virulents. Nous croyons donc qu'à la question de moindre résistance du terrain, il faut encore ajouter celle de virulence spéciale due à la provenance puerpérale du germe. Dans une de nos observations, en effet, l'érysipèle avait succédé à une pustule vaccinale ; dans ce cas la virulence était-elle moindre ? Nous ne le savons pas, mais le petit malade a pu guérir.

L'érysipèle, outre sa gravité plus grande, présente aussi au début de la vie des caractères dans ses symptômes, sa marche et ses complications, qui ne sont pas ceux de l'érysipèle de l'adulte. C'est ce qui nous a engagé à entreprendre ce travail. Nous y suivrons l'ordre suivant : après avoir passé en revue les travaux de ceux qui nous ont précédé dans la même voie, nous étudierons les symptômes de l'affection que nous décrivons, en insistant surtout sur ceux qui la distinguent de l'érysipèle de l'adulte, puis nous verrons sa marche et ses complications si fréquentes et si graves. Nous étudierons rapidement aussi l'anatomie pathologique et la pathogénie, peu différentes du reste de celles de l'adulte.

Mais avant de pénétrer dans notre sujet, nous voulons remercier ici tous nos maîtres dans les hôpitaux et particulièrement M. le D<sup>r</sup> Berger, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux, dont nous avons été externe à l'hôpital Lariboisière.

Que M. le D<sup>r</sup> Hutinel, qui nous a inspiré ce travail, veuille bien recevoir ici l'expression de notre vive gratitude.

Nous ne voulons pas non plus oublier MM. Nicolle et Thiercelin, internes de M. Hutinel, dont les conseils nous ont été si profitables pour mener à bien notre travail.

Nous prions M. le professeur Tarnier de recevoir ici l'expression de notre vive reconnaissance pour l'enseignement puissant que nous avons puisé dans son service où il nous a appris l'art des accouchements, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

## CHAPITRE I. — HISTORIQUE.

L'histoire de l'érysipèle des nouveau-nés se rattache à celle de l'érysipèle de l'adulte, et les doctrines qui se sont succédé pour expliquer le premier étaient nécessairement appliquées au second. Nous ne voulons donc pas passer en revue les théories biliaires d'Hippocrate et de Galien, ni les théories veineuse et lymphatique avec les auteurs qui les ont défendues ou combattues. Nous nous bornerons à l'historique de l'étude de l'érysipèle des nouveau-nés.

Dès la fin du siècle dernier, on trouve déjà dans les ouvrages de médecine signalée cette affection, mais c'est surtout au commencement de ce siècle qu'on l'a distinguée des autres affections de l'enfance. Il faut pourtant arriver jusqu'aux environs de 1830 pour voir cette maladie prendre une place marquée dans le cadre nosologique. C'est de cette époque que datent les observations de Baron, prises à l'hospice des Enfants-Trouvés.

Puis en 1834, Berndt fait paraître une importante monographie sur le même sujet.

Dans le dictionnaire en trente volumes, Chomel et Blache en 1835 lui consacrent ensuite quelques lignes intéressantes.

A partir de cette époque, tous les médecins qui font paraître des traités ou des cliniques sur les maladies d'enfants se gardent bien d'omettre le chapitre de l'érysipèle chez les nouveau-nés.

Billard, en 1837, publie son « Traité des maladies des

enfants nouveau-nés et à la mamelle » et il fait de l'érysipèle une description plus longue et plus détaillée que celles faites par les auteurs qui l'avaient précédé.

En 1844, Trousseau publia sur ce sujet une première monographie très intéressante, mettant la question déjà bien au point, cliniquement du moins. Quatre ans plus tard il revient sur cette question et s'étend sur l'étiologie de cette affection en exposant des vues fort justes : il fait remarquer les rapports qui existent entre l'érysipèle du nouveau né et l'état puerpéral de la mère ; il montre bien que l'enfant ne doit son érysipèle qu'à la contagion qui lui vient de sa mère, et il montre déjà, longtemps avant la découverte des streptocoques, par les vues de la clinique simplement, que les nombreuses affections de l'enfant nouveau-né, ophthalmies purulentes, péritonites, érysipèles, sont de même nature, reconnaissent la même cause, et il les réunit sous la même épithète de puerpérales. Pour lui déjà, ces enfants avaient tous la même maladie, caractérisée chez les uns et chez les autres par des manifestations différentes. Lorain étudia alors cette question avec beaucoup de soins à la Maternité, et il fit à ce sujet sa thèse inaugurale en 1855. Il adopta nettement l'idée de Trousseau, que l'érysipèle est un accident de la puerpéralité, et il le démontra avec des chiffres à l'appui : « Sur 30 enfants nouveau-nés, morts de péritonite simple ou compliquée d'érysipèle, de méningite ou d'abcès multiples, etc., dix fois la mère et l'enfant ont succombé avec la même lésion ; 30 femmes dont les enfants étaient morts de péritonite avaient eu elles-mêmes des accidents puerpéraux, mais s'étaient rétablies.

Trousseau, dans ses cliniques, un peu plus tard, reprend cette question, y insiste davantage, appuie et

étend les opinions pathogéniques de Lorain et étudie l'érysipèle du nouveau-né d'une façon complète, sans oublier les complications et le pronostic qu'il regarde comme presque absolument fatal.

Rilliet et Barthez, dans leur traité des maladies des enfants, ne consacrent que quelques lignes à l'érysipèle des nouveau-nés. Ils insistent pourtant d'une façon spéciale sur la gravité de cette affection et sur le traitement qu'on peut lui opposer.

Depuis lors tous les traités de pathologie infantile ont étudié cette question. Mais c'est surtout au point de vue de la pathogénie et de la microbiologie que les progrès de cette affection ont été sensibles dans ces dernières années. Ces recherches n'ont d'ailleurs pas porté sur l'érysipèle du nouveau-né, mais cette maladie a bénéficié des recherches faites sur l'érysipèle de l'adulte, puisque la cause qui produit l'un produit l'autre. Parmi les travaux les plus récents sur cette question, nous citerons tout d'abord la thèse d'Achalme de 1893 où la question du streptocoque, cause de l'érysipèle, est fort bien traitée et où il est consacré même un chapitre à l'érysipèle des nouveau-nés des plus intéressants.

## CHAPITRE II. — ÉTIOLOGIE

L'érysipèle des nouveau nés est une affection qui tend sinon à disparaître, du moins à diminuer dans des proportions considérables. On comprend, en effet, que les causes qui lui donnent naissance disparaissant de plus en plus, l'érysipèle chez le nouveau-né se fait de plus en plus rare. Cette rareté de plus en plus grande, il la partage avec les autres affections puerpérales qui, elles aussi, diminuent de jour en jour, grâce à l'antisepsie. Les infections puerpérales chez la femme, et chez l'enfant, les ophtalmies purulentes, les péritonites, les suppurations de l'ombilic, les érysipèles tendent à disparaître. Nous n'avons pu réunir que 8 cas d'érysipèle des nouveau-nés dans le service de M. Hutinel dans un laps de temps de six mois, et il entre en moyenne au moins 15 enfants chaque jour. Hervieux, au contraire, base ses descriptions sur 35 cas personnels; Meynet relate une épidémie qui atteignit 43 enfants, et Fualdès vit en quelques jours, à Lariboisière, 16 nouveaux-nés atteints d'érysipèle, sur lesquels 10 succombèrent.

Épidémique autrefois, il y a seulement dix ans, dans les services d'accouchement, il ne l'est plus aujourd'hui ou du moins il ne devrait plus l'être. Maintenant que la cause de cette affection est connue, il est si facile de lutter contre elle et de préserver les enfants contre son envahissement! Nous verrons au chapitre « pathogénie » quelle est cette cause.

L'affection peut apparaître tout à fait aux premiers jours de la naissance; plus souvent c'est au bout de dix

à quinze jours qu'on la voit survenir. On peut l'observer plus tard encore : après le trentième jour et même jusqu'au troisième mois.

Certains auteurs refusent à l'érysipèle qui se développe chez un enfant de 3 mois le nom d'érysipèle des nouveau-nés. Nous pouvons cependant admettre cette limite à l'exemple de Trousseau et de Lepelletier ; l'enfant de 3 mois est encore un nouveau-né, et il ne se comportera pas, en présence du microbe, beaucoup mieux que l'enfant qui vient de naître. Pourtant, à mesure que l'on approche de ce troisième mois le pronostic s'éclaircit.

Le sexe ne paraît pas avoir une influence bien marquée.

La cause prédisposante est l'existence de la plaie ombilicale. Ainsi que l'a fait remarquer Lorain, la plaie ombilicale est, pour l'enfant, ce qu'est la plaie utérine pour la mère. C'est à son niveau que se fera l'ensemencement du microbe pathogène qui provient le plus souvent de la mère.

L'encombrement, la malpropreté, les mauvais soins ont une influence manifeste. L'érysipèle des nouveau-nés est surtout une maladie d'hôpital, c'est-à-dire s'adresse presque toujours à des enfants placés dans de mauvaises conditions hygiéniques. Il s'attaque ainsi, de préférence, aux enfants déjà malades, ainsi que l'a démontré Hervieux, qui, sur les 35 cas qu'il étudie, a trouvé 8 cas de sclérème, 7 d'affections intestinales, 4 de bronchites, etc. Parrot a montré aussi que l'athrepsie est une des causes prédisposantes principales de l'érysipèle.

L'érysipèle peut aussi se développer ailleurs qu'à la région ombilicale, il peut débiter par n'importe quelle

région. Une de nos observations nous le montre débutant au niveau de la membrane conjonctivale gauche; dans une autre nous le voyons débiter au bras à la suite d'une piqûre vaccinale. C'est qu'en effet, il n'est pas toujours d'origine puerpérale, il peut se développer par contagion directe d'un enfant à un autre, ou d'un adulte à un enfant. Peut-être dans certains cas l'érysipèle relève de l'exagération sur place de la virulence des streptocoques. Mais ceci n'est qu'une hypothèse bien gratuite que personne n'a pu encore vérifier. Achalme qui a cultivé le liquide du sillon d'élimination n'y a rencontré aucun microorganisme saprogène ou pathogène.

La distinction, au point de vue étiologique des érysipèles puerpéraux et des érypèles non puerpéraux, se retrouve aussi dans les symptômes et surtout dans le pronostic. Yot, dans sa thèse inaugurale, a surtout cherché à mettre en évidence cette différence, qu'il a du reste exagérée. Il conclut en disant qu'il faut admettre chez l'enfant nouveau-né deux espèces d'érysipèles bien différents tant au point de vue étiologique qu'au point de vue pathogénique : l'un puerpéral, épidémique, infectieux, aussi fatal dans sa marche et sa terminaison que l'est la fièvre puerpérale chez la femme récemment accouchée, et puisant dans les conditions où il s'est développé un élément spécifique, idiopathique, qui en fait bien plutôt le symptôme de l'affection puerpérale elle-même qu'un état morbide simple; l'autre (qu'il appelle *inflammatoire*) se développant en dehors de tout état infectieux et dont le pronostic, bien que réservé, n'est cependant en rien comparable au pronostic de l'érysipèle puerpéral.

## CHAPITRE III

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIE

Nous n'aurons en vue dans ce chapitre que l'anatomie pathologique de l'érysipèle péri-ombilical, seul érysipèle vrai du nouveau-né. Les autopsies que nous avons faites sont peu nombreuses, aussi nous bornons-nous à répéter ce qu'ont dit les auteurs, Achalme principalement.

#### *Anatomie pathologique macroscopique.*

La *peau*, au niveau de l'érysipèle, n'a plus sur le cadavre la coloration rouge si caractéristique qu'elle présentait chez le vivant. Elle est pâle, très rarement un peu teintée. Le doigt fait sentir sa dureté. A la coupe il s'écoule une grande quantité de liquide citrin. Le tissu cellulaire sous-cutané est également œdématié et contient plus ou moins de liquide. Les lésions cessent peu à peu au niveau du bourrelet. Dans certains cas il existe une lymphangite appréciable des vaisseaux lymphatiques voisins. Les *ganglions* auxquels ceux-ci se rendent sont très souvent volumineux.

Les *viscères* offrent en général peu ou point de lésions appréciables à l'œil nu. Les poumons sont congestionnés aux bases quand la maladie a duré quelque temps et qu'une complication pulmonaire s'est montrée. Le foie est souvent augmenté de volume, il est pâle, en général gras à la coupe. La rate est souvent grosse. Il est rare qu'il existe des lésions du côté du tube digestif ou des muqueuses.

La *veine ombilicale* est très souvent le siège d'une phlébite plus ou moins étendue. On a vu cette phlébite

remonter assez loin jusque dans les vaisseaux qui donnent naissance à cette veine. Il en résulte une stase dans toutes les veines qui aboutissent aux canaux oblitérés. La phlébite des sinus est rare, mais elle a été vue.

Le sang est généralement noir, épais, poisseux. Le cœur est mou, flasque.

*Anatomie pathologique, hystologique et bactériologique.*

A la coupe, la peau et le tissu cellulaire sous-jacent se montrent infiltrés de liquide, de cellules rondes et de bacilles. C'est principalement dans le tissu conjonctif sous-cutané que se voient ces lésions.

Les cellules qui infiltrent le derme et le tissu cellulaire sont des leucocytes de tout ordre, principalement des leucocytes mono et polynucléaires. Ils forment des amas souvent assez volumineux. A ces leucocytes se joignent d'autres cellules dont il est souvent difficile de les distinguer. Ce sont des éléments primitifs du derme ou du tissu conjonctif en état de multiplication.

L'origine diapédésique des globules blancs est absolument nette. On voit les capillaires du tissu malade et même des parties sous-jacentes dilatés, remplis de sang et entourés d'un manchon plus ou moins gros de ces cellules.

Séparant les amas de cellules rondes se voient les fibres du tissu conjonctif ou du derme. Ces fibres, élastiques ou conjonctives, sont très augmentées de volume. La sérosité qui remplit le tissu les gonfle. Les lobules graisseux sont faciles à reconnaître et peu altérés dans leur forme et dans leur volume.

Telles sont les lésions que montre une coupe de tissu érysipélateux colorée par une méthode anatomopatho-

logique quelconque : picrocarmin, carmin, hématoxyline, etc. Si au lieu de ces colorants on se sert d'une couleur d'aniline, qu'on emploie par exemple la méthode de Gram, on met en évidence, au milieu des cellules lymphatiques, des bactéries rondes, composées d'éléments situés bout à bout en forme de chapelet : ce sont des streptocoques. Leur nombre est en général extrême. Ils occupent avant tout, chez l'enfant, le tissu cellulaire sous-dermique. Ils sont situés un peu partout. La gaine lymphatique des vaisseaux sanguins est parfois comme injectée par eux; jamais ils ne pénètrent dans l'intérieur des tuniques vasculaires.

Dans les vaisseaux lymphatiques, on les voit former souvent de véritables thrombus qui prennent très fortement la couleur et dessinent en violet la lumière du canal invisible normalement. Les parois des vaisseaux lymphatiques sont aussi infiltrées par eux.

On voit peu de bacilles dans la région superficielle du derme et entre les pelotons adipeux. On n'en voit jamais dans l'épiderme. Achalme n'a jamais pu mettre en évidence un seul coccus dans une cellule.

L'érysipèle du nouveau-né se présente donc en somme comme une inflammation de nature streptococcique frappant principalement les lymphatiques du tissu cellulaire. Par cette localisation seule il se distingue de celui de l'adulte.

L'agent de l'infection est dans tous les cas le streptocoque. Nous n'avons point à insister sur les caractères des cultures et des inoculations de cette bactérie. Dans deux de nos cas l'examen bactériologique a été fait, et la virulence du streptocoque n'a point été recherchée. D'ailleurs ces divers points ne rentrent pas dans notre étude, avant tout clinique. On les trouve détaillés tout au

long dans le thèse d'Achalme. Il nous suffit de constater qu'ici comme dans tout érysipèle l'agent est le streptocoque. La formation si fréquente d'abcès dans le tissu conjonctif sous-cutané est une preuve nouvelle de l'identité du streptocoque du pus et de celui de l'érysipèle. Il semble que chez le nouveau-né le streptocoque soit dans un état tout particulier de virulence puisque la marche de la maladie est si lente et l'apparition d'abcès guérissant vite si fréquente.

Les abcès sous-cutanés se forment par la confluence de plusieurs amas leucocytaires et la destruction des cellules qui les composent par la multiplication des streptocoques.

Nous ne dirons rien des altérations histologiques des viscères. Le foie est gras sur les coupes comme à l'œil nu. Le sang riche en globules blancs contient souvent des streptocoques. S'il y a phlébite de la veine ombilicale ou des sinus, au point d'oblitération du vaisseau on trouve un thrombus composé presque uniquement de streptocoques en chapelets ou isolés.

## CHAPITRE IV.

### SYMPTOMES, MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS.

C'est assez souvent au niveau de la cicatrice ombilicale, ou plutôt de la plaie ombilicale non encore cicatrisée que débute l'érysipèle chez le nouveau-né. Il peut pourtant souvent apparaître tout d'abord au-dessous de l'ombilic au niveau du pénis; c'est ce siège qui, d'après Trousseau, serait le plus fréquent au début. Il peut encore débiter au niveau des cuisses ou à la face ou encore au niveau d'une plaie vaccinale. Nous prendrons comme type de notre description celui qui est le plus fréquent, l'érysipèle qui débute à l'ombilic. A ce niveau apparaît tout d'abord une légère rougeur de la peau qui bientôt devient violacée, puis tendue, dure, et le tissu cellulaire enflammé au-dessous donne une rénitence au doigt assez marquée. En même temps l'enfant tombe dans un état d'abattement prononcé : il souffre et exprime sa douleur par des cris incessants : la fièvre du reste est à peine marquée. C'est un fait sur lequel on a souvent appelé l'attention que celui de maladies essentiellement fébriles chez l'adulte évoluant chez l'enfant presque sans fièvre ; cette remarque a souvent été faite même pour la bronchopneumonie. L'abattement est assez marqué, mais l'enfant pourtant prend encore le sein, du moins quand il n'est pas en état d'athrepsie. Mais bientôt l'érysipèle s'étend : il descend toujours et monte rarement, il envahit les grandes lèvres ou le scrotum, puis gagne les cuisses, les jambes, remonte

ensuite sur les parties primitivement atteintes et monte alors quelquefois sur le crâne. Il est essentiellement ambulant. La fièvre qui, au début, était peu marquée, s'allumera généralement vers le deuxième ou le troisième jour ; elle peut pourtant ne pas apparaître. La face est pâle et altérée, la peau sèche. L'agitation devient excessive, les cris incessants, les vomissements apparaîtront souvent alors, l'enfant ne prenant le sein qu'avec répugnance rejettera le plus souvent presque aussitôt le lait qu'il aura dégluti. La diarrhée apparaît en même temps que les vomissements, véritable diarrhée infectieuse qui, jointe aux vomissements, amènera une cachexie rapide et hâtera le dénouement. Le pouls est filiforme, la respiration fréquente.

A l'agitation extrême succédera un collapsus qui terminera la scène au cinquième, sixième ou septième jour. Souvent des convulsions viennent interrompre de temps en temps ce collapsus.

La rougeur érysipélateuse est essentiellement ambulante, elle s'étend vite envahissant les parties déclives pour remonter ensuite. Le bourrelet qui délimite si nettement la plaque chez l'adulte n'existe pas ici : la plaque est rouge indurée et rénitente ; les tissus sous-jacents étant infiltrés de sérosité, elle est légèrement surélevée mais on ne trouve pas de bourrelet que le doigt puisse sentir pour la limiter.

Quelquefois la mort survient avant qu'il ne se soit formé de pus au niveau de la plaque érysipélateuse mais nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale d'observation concluante d'érysipèle des nouveau-nés, terminé par résolution : ou bien l'enfant meurt rapidement ou bien l'érysipèle laisse après lui une suppuration qui peut rester localisée ou au contraire se ma-

nifester par l'apparition de nombreux abcès qui surviennent dans les différents points occupés par l'inflammation. Ces abcès peuvent apparaître plusieurs le même jour, mais le plus souvent ils se succèdent, de sorte que le corps du nouveau-né, après la disparition de la rougeur érysipélateuse, doit être chaque jour l'objet d'un examen minutieux. Il faut d'ailleurs non seulement inspecter les parties qu'avait envahies l'érysipèle, il faut aussi chercher sur les parties respectées par celui-ci, les abcès pouvant apparaître en un autre point comme le cuir chevelu par exemple (obs. II). Quelquefois l'abcès se forme très vite au niveau de l'ombilic succédant dès le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour à la rougeur cutanée qui ne s'est pas étendue : dans ce cas on peut douter même de l'existence d'un érysipèle véritable, c'est le phlegmon péri-ombilical de Fualdès, c'est un érysipèle défiguré qui, rapidement, fait place à un phlegmon.

La durée de l'érysipèle est donc très variable. Quand la mort survient par le fait de l'érysipèle lui-même, elle a lieu généralement du cinquième au septième jour. Quand elle est le fait de la suppuration prolongée que nous avons signalée, elle peut ne survenir que quinze ou vingt jours après le début des accidents et même plus tard encore. L'enfant s'athrepsie de plus en plus. Ces suppurations successives, s'accompagnant souvent de poussées fébriles, l'épuisent; la diarrhée l'envahit si elle ne l'a pas fait dès le début, et l'enfant meurt dans la cachexie la plus profonde. La guérison survient aussi quelquefois; il est bien rare, comme nous l'avons dit, qu'elle survienne d'emblée, il est bien rare que l'érysipèle s'éteigne peu à peu sans laisser de trace. Toujours ou presque toujours la guérison ne peut être obtenue qu'à la suite de ces suppurations prolon-

gées et successives qu'on a poursuivies jour par jour, tout en luttant contre la diarrhée infectieuse, et l'athrepsie sans cesse menaçante. Le muguet peut alors survenir aussi. Mais quand elle survient, cette guérison, c'est au prix d'une convalescence d'une lenteur désespérante.

L'albuminurie se rencontre fréquemment, mais disparaît le plus souvent quand la guérison survient.

Donc la résolution complète et franche est exceptionnelle. Presque toujours il y a réaction qui se traduit par une suppuration soit localisée, soit ayant intéressé un grand nombre de points du tissu sous-cutané.

Quand la suppuration se localise on a le phlegmon périombilical de Fualdès. La rougeur et la tuméfaction se localisent, puis au bout de deux ou trois jours, la fluctuation apparaît et l'on peut inciser l'abcès qui se referme et guérit rapidement. Cet érysipèle est défiguré rapidement, ce n'est bien vite plus un érysipèle, mais un phlegmon, ceci dû à une réaction leucocytaire précoce et rapidement triomphante.

Le plus souvent les localisations se font de distance en distance. Bouchut, Fredet, Vincent ont montré des cas où l'érysipèle, après s'être généralisé à tout le corps, n'a guéri qu'après avoir présenté, pendant quatre à six semaines, des abcès sous-cutanés disséminés et évoluant sans fièvre. Ces abcès semblent être utiles pour la guérison ; ils sont d'un bon pronostic, du moins le plus souvent. Nous signalons aussi plusieurs observations se terminant par de nombreux abcès qui se renouvellent et se succèdent en divers points du corps. Dans nos observations aussi la guérison finit par être obtenue.

On a signalé des cas d'érysipèles des nouveau-nés ter-

minés par induration. Nous n'en avons vu aucun exemple. On a peut-être bien confondu avec le sclé-  
rème que complique souvent la maladie qui nous  
occupe, ainsi que l'a démontré Hervieux.

## CHAPITRE V. — COMPLICATIONS.

Les complications qui peuvent survenir à la suite ou dans le cours d'un érysipèle chez le nouveau-né sont très fréquentes et très nombreuses.

*Les abcès*, tout d'abord, multiples et successifs, sont si fréquents, ils sont si bien la règle, que nous les avons décrits, en même temps que les symptômes dont il font partie pour ainsi dire.

Les phlegmons *diffus* sont fréquents aussi.

Les *phycènes* qui peuvent survenir au niveau d'une plaque ne sont pas rares non plus ; elles sont particulièrement redoutables chez le nouveau-né parce qu'elles marquent souvent le début d'une complication redoutable, la *gangrène*.

Celle-ci peut intéresser quelquefois toute la paroi abdominale, du moins dans son tissu cutané et cellulaire, la plaque de gangrène se détachant au bout de quelques jours et laissant sous elle les muscles et les aponévroses de la paroi absolument à nu. Mais c'est surtout au niveau du scrotum que cette gangrène est fréquente, elle détruit là complètement les enveloppes des bourses ou seulement une partie, mais les cas où les testicules ont été complètement dénudés ne sont pas rares. Il est du reste très remarquable de voir avec quelle facilité la réparation se fait ; au bout de quelque temps elle est complète et parfaite et cette gangrène du scrotum ne laisse pour ainsi dire pas de trace. Nous en dirons autant de la gangrène des grandes lèvres ; pourtant ici la *restitutio ad integrum*, est moins complète. Il n'en est pas de

même quand la gangrène porte sur une extrémité, sur un des orteils par exemple, mais heureusement cette dernière complication est beaucoup plus rare.

*Laphlébite* de la veine ombilicale est loin d'être rare, le contraire du reste nous semblerait étonnant, les germes pathogènes pénètrent facilement en effet dans cette veine encore béante au niveau de la plaie ombilicale. Elle va alors porter l'inflammation au foie et cette hépatite se traduit par un ictère, qui est toujours précurseur de la mort.

*La veine porte* a pu aussi, dans quelques cas, être enflammée ; cette complication donne lieu aux mêmes symptômes.

*La péritonite* purulente est une complication assez banale aussi de l'érysipèle des nouveau-nés, elle reconnaît comme cause évidente la pénétration des agents microbiens à travers l'anneau ombilical encore insuffisamment obstrué.

Elle se traduit par un ballonnement du ventre avec météorisme, et empâtement profond.

La pression sur l'abdomen provoque des douleurs qui arrachent des cris au petit malade.

Les complications que nous avons décrites jusqu'ici sont purement locales, en ce sens, qu'elles sont le fait de la propagation de l'inflammation de l'ombilic aux parties sous-jacentes, péritoine ou veine ombilicale, ou à la peau de l'abdomen ou du scrotum. Mais celles qu'il nous reste à signaler sont dues à la pénétration des germes dans l'organisme, et leur transport à distance par le sang ou mieux les lymphatiques, le sang n'étant pas l'habitat ordinaire des streptocoques.

Disons d'abord que même les phlébites et la péritonite peuvent aussi, dans certains cas ne pas être la con-

séquence de la propagation de l'inflammation érysipélateuse de la peau aux vaisseaux et aux parties profondes : l'érysipèle, la phlébite et la péritonite pouvant être les manifestations d'une même maladie. Dans certains cas, en effet, on voit des péritonites chez des enfants dont l'érysipèle avait occupé non le ventre, mais la face. Comme complication à distance de l'érysipèle signalons la méningite suppurée, avec ses caractères bien définis et pourtant pas toujours reconnaissables chez le nouveau-né, où la raideur de la nuque et les convulsions ne signifient pas toujours fatalement la présence du pus dans les méninges. La pleurésie purulente, la péricardite purulente peuvent ainsi être rencontrées comme complications de l'érysipèle chez le nouveau-né. Il est inutile d'ajouter qu'elles sont, souvent aussi, des découvertes d'autopsie, et qu'elles mènent fatalement le petit malade au tombeau.

Une autre complication fort intéressante que nous n'avons trouvée signalée nulle part, du moins quant à son mode de terminaison, et qui nous paraît réellement digne de remarque, est l'*hépatite infectieuse* ou se caractérisant par un ictère qui devient rapidement mortel. A l'autopsie il n'existait pas trace d'inflammation de la veine ombilicale, de la veine porte ni du péritoine. Mais le foie présentait des lésions de l'ictère grave. Nous nous étendrons d'ailleurs plus longuement sur cette complication dans notre observation VIII où nous décrirons les lésions et les recherches bactériologiques que nous avons faites avec l'aide de M. Thiercelin, interne du service.

## CHAPITRE VI — DIAGNOSTIC

Au moment de la période d'état le diagnostic est facile à faire, du moins le plus souvent. Le mode de début au niveau de la cicatrice ombilicale, qui est encore ouverte, la couleur rouge violacé de la peau, le gonflement avec tension considérable des téguments, tout cela joint à un état général extrêmement grave, fièvre quelquefois intense, diarrhée infectieuse, etc., ne permettra pas de doute. La marche envahissante, ambulante de l'exanthème est si caractéristique, que malgré l'absence du bourrelet qui enveloppe l'érysipèle de l'adulte, on pourra difficilement se tromper.

Ce n'est que dans les premières heures ou les premiers jours de la maladie, ou bien tout à fait à la fin quand l'inflammation est éteinte ou du moins localisée et a laissé à sa place un phlegmon de l'ombilic ou des abcès multiples qu'on pourra hésiter sur la provenance de ceux-ci.

*L'ezéma rubrum* présente à son apparition une coloration rouge vive avec œdème de téguments ; mais l'absence de fièvre, l'état général satisfaisant et l'apparition, sur les parties tuméfiées, de petites vésicules, lèveront le doute.

*L'urticaire* ne ressemble pas à l'érysipèle, ou si peu que les démangeaisons, la multiplicité des plaques ou des points très variables du corps, l'absence de tout état général sérieux serviront à l'éliminer.

Les *bulles de pemphigus* ne ressemblent pas à l'érysipèle. Pourtant on pourrait quelquefois les prendre pour des phytènes développées au niveau d'une plaque d'érysi-

pèle, surtout quand il y a autour de la bulle un peu de lymphangite: mais dans le pemphigus l'état général est moins mauvais et la bulle de pemphigus a ses caractères propres qui la font reconnaître.

*L'érythème simple.* On évitera l'erreur en se rappelant que dans l'érysipèle la coloration des téguments est moins vive; dans l'érythème, la peau est rouge vif, presque écarlate, les tissus ne sont pas empâtés; il siège le plus souvent aussi aux fesses, à la partie interne et supérieure des cuisses, au scrotum ou la vulve.

La douleur locale est plus vive à la pression au niveau d'un érysipèle.

*L'œdème des nouveau-nés* se remarque aux deux membres inférieurs et aux organes génitaux, quelquefois aussi il envahit la partie sous-ombilicale de la paroi abdominale. Le plus souvent cachectique, il est mou, blanc et n'est accompagné d'aucune réaction fébrile ni douloureuse.

*Le sclérème au début* diffère de l'érysipèle en ce qu'il n'y a pas la moindre coloration de la peau, sauf au bout de quelques jours où l'on voit les téguments prendre une coloration cireuse ou jaune sale; en outre la résistance des tissus est bien différente: dans l'érysipèle les téguments sont tendus mais souples encore, dans le sclérème il y a un œdème dur dans lequel le doigt peut, en comprimant fortement la peau, enfoncer et former godet. De plus dans l'érysipèle il y a excitation et fièvre dans le sclérème il y a dépression et hypothermie, la température pouvant descendre progressivement à des chiffres incroyables, 33°, 26°, 22° et même 21°8 (Parrot). Enfin jamais de complication comme la suppuration ou la gangrène.

*La lymphangite du cordon* pourra faire craindre pen-

dant quelques heures un début d'érysipèle, d'autant plus que l'absence de bourrelet ne peut aider au diagnostic. Le plus souvent il faut savoir dans ce cas attendre avant de proclamer son diagnostic assuré. Nous avons vu dans quelques uns de ces cas les maîtres les plus autorisés, laisser leur diagnostic en suspens jusqu'au lendemain. Le traitement n'est du reste en rien influencé par cette hésitation puisqu'il reste le même dans les deux cas. Quand au bout de vingt-quatre heures on voit la rougeur disparaître, on rejette le diagnostic d'érysipèle; pourtant, dans certains cas, le traitement qu'on a appliqué a pu agir comme abortif.

*Le phlegmon périombilical* est consécutif à la rougeur érysipélateuse. La peau est tendue, rouge, douloureuse, et au-dessous d'elle on peut, par la pression, percevoir la fluctuation.

Mais après avoir fait le diagnostic d'érysipèle, il faut faire le diagnostic des complications ne pas oublier de palper l'abdomen pour savoir s'il n'y a pas derrière la paroi une péritonite suppurée, chercher si la veine ombilicale est enflammée, ce qui se reconnaîtra par la sensation d'un cordon dur au-dessus de l'ombilic et partant de la cicatrice. Il faudra rechercher si le foie est atteint; l'ictère sera là le plus souvent pour signaler cette complication.

Il faudra ausculter le cœur pour chercher la péricardite ou l'endocardite, le thorax pour chercher la pleurésie que dénotera déjà la dyspnée. La raideur de la nuque attirera l'attention du côté des méninges. Il peut pourtant dans certains cas, dans l'érysipèle comme dans tous les états infectieux, la pneumonie entre autres, se produire des accidents pseudo-méningitiques qui ne sont pas causés par une lésion persistante après la mort.

## CHAPITRE VII. — PRONOSTIC.

L'érysipèle chez le nouveau né est considéré à juste titre comme une affection presque fatale, « presque aussi certainement fatale, disait Trousseau que l'est la fièvre cérébrale ». Ce pronostic absolument sombre encore aujourd'hui, l'est pourtant beaucoup moins qu'il ne l'était du temps où Trousseau écrivait ces lignes. A peu près sans exception tout enfant atteint d'érysipèle dans les quinze ou vingt premiers jours de son existence succombait fatalement autrefois ; aujourd'hui un enfant de cet âge atteint d'érysipèle mourra probablement, mais non plus fatalement, nous avons pu parmi les observations que nous avons recueillies nous-même à l'hospice des Enfants Assistés, constater plusieurs cas de guérison.

D'où vient-il que l'érysipèle soit si grave chez le nouveau-né, beaucoup plus grave que chez l'adulte ou même que chez l'enfant de quelques mois. D'où vient-il aussi qu'aujourd'hui il soit moins fatalement mortel qu'autrefois, tout en restant d'une gravité extrême ?

L'érysipèle du nouveau-né est extrêmement grave pour deux causes :

Parce qu'il se développe sur un terrain débile et faible sur un organisme encore mal formé et insuffisamment préparé à la lutte. Dans les premiers jours qui suivent la naissance l'enfant dépérit, ce qui se caractérise par une diminution de poids ; c'est une condition défavorable pour lui pour résister à l'envahissement des microbes. Les toxines que produisent ceux-ci l'empoisonneront aussi bien facilement. Jeté dans un monde nouveau, il n'a

passe encore le temps de se mettre en garde contre les ennemis qui l'assaillent et il n'est pas encore en mesure de résister à l'attaque.

Mais ce n'est pas exclusivement à l'extrême jeunesse de l'organisme et à son peu de résistance qu'il faut attribuer la gravité si redoutable de l'érysipèle chez le nouveau-né. Cette gravité tient à un autre ordre de causes bien mis en lumière, dès 1855, par Lorain, avant la connaissance des microbes et développé par Trousseau dans ses cliniques. Le virus qui s'attaque au nouveau-né lui vient de sa mère dont les organes génitaux internes et externes sont infectés. C'est, suivant l'expression de Trousseau, une affection puerpérale au même titre que les ophtalmies purulentes et les péritonites qui surviennent aussitôt après la naissance. La gravité extrême de l'infection puerpérale démontre assez combien violent est l'agent de cette infection, et aujourd'hui que cet agent est bien connu, qu'il a pu être isolé, cultivé, et inoculé aux animaux, l'on sait combien sa virulence est redoutable. L'agent qui tue si souvent la femme en couches, celui qui produit chez elle la septicémie puerpérale, ou tout au moins les accidents puerpéraux, devra chez l'enfant avoir facilement raison de sa résistance. Le virus exalté chez la mère passe chez l'enfant en conservant cette virulence plus grande. D'un côté donc un organisme d'une faiblesse extrême, de l'autre, un agent microbien très virulent, ce sont les deux conditions les plus favorables pour produire la mort de l'enfant nouveau-né.

Quand l'érysipèle survenant chez un enfant dans les premiers mois de sa vie se déclare à la suite d'une piqûre quelconque, c'est-à-dire quand il n'a pas une origine puerpérale, nous le voyons quelquefois guérir;

dans ce cas le virus qui l'a produit est probablement moins septique que dans ces cas d'érysipèle d'origine puerpérale. Nous avons vu un cas, dont nous rapportons d'ailleurs l'observation d'érysipèle survenu au niveau d'une pustule vaccinale, guérir au bout de quelques jours.

Nous avons pu voir aussi plusieurs cas d'érysipèle d'origine puerpérale qui se sont terminés par la guérison. La maladie a toujours traîné en longueur, la lymphangite s'est beaucoup étendue, elle a laissé à sa suite une série d'abcès qu'il a fallu percer et panser, mais quand même, la guérison est survenue. Dans ces cas, il est probable que le streptocoque emprunté par l'enfant à sa mère était moins virulent. Nous regrettons beaucoup que les mères de ces enfants abandonnés nous aient été inconnues, car il eût été bien intéressant de savoir quels accidents puerpéraux elles présentaient au moment de l'accouchement. Nous nous demandons si dans ces cas on n'aurait pas été en présence d'un de ces cas de « septicémies puerpérales atténuées » comme ceux que M. Basset vient de décrire dans sa thèse inaugurale. On conçoit facilement en effet qu'un streptocoque atténué entraîné par l'enfant au moment de la naissance ne donne en se développant au niveau de sa plaie ombilicale qu'un érysipèle atténué. Nous regrettons beaucoup de n'avoir pu trancher cette question intéressante, nous avons tenté en vain de retrouver les mères. Il eût été en effet fort utile pour le pronostic de pouvoir tirer les conclusions suivantes avec preuves en main, alors que nous ne pouvons que les déduire du raisonnement : une mère atteinte de septicémie puerpérale grave donne à son enfant un érysipèle grave, toujours mortel ; une mère atteinte de septicémie atténuée ne lui donnera qu'un érysipèle moins malin qui

pourra guérir. Malheureusement, nous le répétons, nous ne pouvons tirer ces conclusions si logiques qu'elles soient, que par déduction, nous ne pouvons pas les appuyer sur des faits précis, un des éléments, le plus indispensable, du problème, nous faisant défaut.

Quoi qu'il en soit, d'une façon générale, tout érysipèle qui se déclare chez un nouveau-né, est une affection très grave, le plus souvent mortelle. Tous les traités de pathologie infantile, tous les auteurs qui ont traité ce sujet sont unanimes sur ce point. On doit pourtant, au point de vue du pronostic, distinguer, comme nous l'avons dit, les érysipèles puerpéraux de ceux qui ne le sont pas, les érysipèles simplement inflammatoires de Yot (Thèse, 1873), les premiers étant de beaucoup les plus graves.

Pour guider le pronostic, en présence d'un érysipèle, il faut rechercher, outre son origine et sa nature, dans quel état de santé se trouve l'enfant. Chez les athrepsiés ou chez les enfants atteints de débilité congénitale il est presque fatalement mortel et l'enfant succombe au bout de trois ou quatre jours. Si ce délai se trouve dépassé, on peut espérer la guérison, c'est en effet que l'organisme a eu assez de force pour résister au poison. L'apparition des abcès est donc plutôt un signe de bon augure, la période aiguë en effet, est passée à ce moment. La guérison n'est pourtant pas encore absolument assurée, ceux-ci pourront épuiser l'enfant qui se débilitera de plus en plus et aboutira à l'athrepsie.

Trousseau écrivait : « Quand l'érysipèle survient dans les quinze ou vingt premiers jours de la vie, il est fatalement mortel ». Aujourd'hui l'arrêt est moins terrible, grâce aux méthodes antiseptiques on arrive à sauver quelques-uns des petits êtres atteints de cette affection : les observations que nous publions en font foi.

## CHAPITRE VIII. — TRAITEMENT

Le *traitement prophylactique* grâce auquel les cas d'érysipèle des nouveau-nés sont de plus en plus rares, attire tout d'abord notre attention. Les injections vaginales antiseptiques avant et pendant l'accouchement détruiront d'abord les germes septiques qui pourraient habiter dans le vagin et contaminer l'enfant à son passage ; les bains boriqués pour l'enfant, tous les jours ou même des bains simples en faisant l'antisepsie de la peau du nouveau-né, empêcheront ainsi les germes qui proviendraient de l'air, des objets qui touchent l'enfant, ou des individus qui l'approchent, de se développer au niveau de sa plaie ombilicale ou de toute autre fissure cutanée. On devra panser soigneusement le cordon jusqu'à sa chute, puis la plaie ombilicale sera lavée fréquemment à l'eau boriquée et toujours recouverte de coton aseptique ou mieux de gaze salolée ou iodoformée. Ces pansements devront être renouvelés jusqu'à cicatrisation absolue de la plaie ombilicale.

La moindre rougeur au niveau de l'ombilie, la moindre lymphangite se développant sur le corps de l'enfant nouveau-né devra immédiatement éveiller l'attention et être l'objet de soins très minutieux. On devra immédiatement employer le *traitement abortif* qui consiste également en lavages boriqués, en pulvérisations boriquées et en un pansement humide boriqué recouvert de taffetas gommé.

Le *traitement curatif* de l'érysipèle du nouveau-né sera local et général.

Localement il faut faire de l'antisepsie.

Rejeter tous les pansements d'autrefois, l'eau de sureau et les cataplasmes. On peut à la rigueur recouvrir les parties malades de vaseline boriquée, mais ce qui réussit le mieux, c'est de faire des pulvérisations boriquées au moyen d'un spray, envelopper pour ainsi dire, les parties malades d'une atmosphère boriquée chaude, puis aussitôt après appliquer des compresses de tarlatane imbibées d'eau boriquée chaude à 40/0 et recouvertes de taffetas gommé.

Grâce à ce traitement antiseptique la fièvre tombe rapidement, les symptômes généraux s'amendent, et la plaque érysipélateuse non-seulement cesse de s'étendre mais s'éteint rapidement, elle devient de moins en moins dure, de moins en moins rouge et les complications viscérales et locales sont conjurées. En cas d'abcès, les ouvrir le plus tôt possible et les panser antiseptiquement.

Mais il ne faut pas appliquer qu'un traitement local, il faut se rappeler que le pronostic est d'autant plus redoutable que l'organisme est plus débile. Il faut donc penser à le tonifier, à relever ses forces pour lui permettre de lutter victorieusement contre les poisons qui l'envahissent en les éliminant et les détruisant. Pour cela on donnera de l'alcool à la dose de 10 à 15 grammes par jour, 10 centigrammes de sulfate de quinine, si la fièvre est trop violente ; on enveloppera l'enfant dans l'ouate s'il est débile, ou mieux encore on le mettra dans la couveuse ; on devra rechercher les complications pour les prévenir ou les combattre.

En cas de diarrhée infectieuse on donnera à l'enfant quelques centigrammes de calomel pour faire l'antisepsie de son tube digestif, puis aussitôt après on lui

administrera de l'eau albumineuse et de l'acide lactique à la dose de 2 à 3 grammes.

Enfin on pourra avoir recours à un procédé absolument récent, qui n'a pas encore fait ses preuves, mais qui a donné de très bons résultats dans le service de notre maître M. Hutinel. Il consiste à injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané matin et soir environ 20 grammes d'eau salée ou de sérum artificiel. Ces injections hypodermiques ont semblé dans plusieurs cas chez des sujets athrepsiés ou débilités ou épuisés par une diarrhée infectieuse donner des résultats surprenants en arrêtant la diarrhée et en stimulant l'organisme.

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I (personnelle).

Érysipèle périombilical. — Abscès multiples. — Guérison lente.  
Examen bactériologique.

(P... Hortense), née le 15 janvier 1893.

Entrée salle Valleix, le 6 février. — Service de M. le Dr Hutinel.

Le 6 février. — Omphalite enflammée suppurante légèrement. Cercle rouge périombilical, de peu d'étendue. La plaie ombilicale n'a pas été pansée. Aucun renseignement sur la mère. Poids 2 k. 620. 2 selles jaunes. Température 38,2. L'enfant n'est ni maigre ni jaune. Pulvérisations horiquées toutes les heures sur la région ombilicale. Nourrice au sein. L'enfant est mis dans une couveuse.

Le 7. — L'érysipèle s'est étendu. Il occupe toute la région ombilicale. 2 selles jaunes. Température 36,6 matin, 38,4 soir. On continue les pulvérisations horiquées.

Le 8. — Même état. Température 37,8 matin, 38,4 soir. Poids 2 k. 770. 3 selles jaunes. Pulvérisations horiquées.

Le 9. — Etat général toujours bon. L'enfant prend très bien le sein. L'érysipèle s'est étendu à l'abdomen et à la partie supérieure des cuisses. Il est disparu au niveau de la région ombilicale. La plaie ombilicale est en voie de guérison. Pulvérisations. Température 38,2 matin, 37,9 soir.

Le 10. — L'érysipèle ne s'étend plus, légère desquamation des parties primitivement atteintes. Pulvérisations. Poids 2 k. 720. 3 selles jaunes. Température matin 37,8, soir 38°.

Le 11. — Amélioration continue. Température matin 38,4, soir 37,6. Pulvérisations.

Le 12. — Petit abcès de la grosseur d'une noisette à la partie interne du genou gauche. Température matin 37,5, soir 38,4.

Le 13. — L'abcès du genou est ouvert et pansé. 2 selles jaunes. Poids 2 k. 680. Température matin 37,8, soir 38,3.

Le 14. — L'abcès est complètement guéri. Température matin 37,6, soir 37,8. 4 selles.

Le 15. — Diarrhée 3 selles mélangées. Poids 2 k. 600. Température matin 38°, soir 38,5. Potion : eau 100 gr., acide lactique 2 gr., par cuillerées à café toutes les heures.

Le 16. — La diarrhée persiste, 2 selles mélangées. Température matin 37,6, soir 37,8. Petit abcès de la région fessière ouvert et pansé de suite.

Le 17. — La diarrhée est arrêtée, 3 selles jaunes. Poids 2 k. 680. Température matin 37,2, soir 37,8. Deuxième abcès de la région fessière.

Le 18. — 2 selles jaunes. Température matin 37,8, soir 37,4.

Le 19. — Abcès de la région occipitale, autre petit abcès de la région dorsale du côté droit. Les abcès précédents sont presque entièrement disparus. 3 selles jaunes. Température 37,2 matin, 37,8 soir.

Les 20 et 21. — Même état, pas de diarrhée, le 21 au soir, 38,5.

Le 2. — Diarrhée 3 selles mélangées. Température matin 38, soir 38,6. Eau de chaux. Poids 2 k. 650.

Du 23 au 28. — La diarrhée est arrêtée Pas de nouveaux abcès. La température ne dépasse pas 38°. Poids 2 k. 480.

Le 28. — Réapparition de la diarrhée, vomissements. Lavage d'estomac. État général mauvais.

Le 1<sup>er</sup> mars. — Diarrhée. Acide lactique, 2 gr. Température matin 37,5, soir 38,3.

Le 2 mars. — Diarrhée continue. État général plus mauvais. Pas de nouveaux abcès. Injection de sérum artificiel (eau 4.000 gr., sulfate de soude 10 gr., Na. Cl. 5 gr.) de 5 cc. matin et soir. Poids 2 k. 360.

Du 3 au 6. — Diarrhée continue. Injections de sérum.

Acide lactique. Pas de température. Etat général toujours mauvais.

Le 6. — 3 selles jaunes. Poids 2 k. 280. Nouvel abcès au genou droit.

Du 6 au 12. — Diarrhée. Sans température. Selles mélangées. Etat général médiocre. Eau de chaux.

Du 12 au 17. — Le mauvais état général continuant, on fait des injections de sérum deux fois par jour.

Le 17. — Poids 2 k. 320.

Le 22. — Etat général très manifestement amélioré. Plus de diarrhée. Les injections de sérum ont été cessées depuis cinq jours. Poids 2 k. 370. Nouvel abcès de l'épaule droite. Pas de température.

Le 28. — L'enfant très amélioré, n'ayant plus de diarrhée ni d'abcès, pesant 2 k. 400 est envoyé à Châtillon.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — 1° *Examen du pus de la plaie ombilicale.* — L'examen sur lamelles n'a point été fait. L'ensemencement sur agar (par le procédé des boîtes de Pétri) donne au bout de quarante-huit heures à l'étuve des colonies blanches, rondes, étendues de coccus et d'autres plus petites ne s'accroissant point les jours suivants, arrondies également et que l'examen microscopique montre être composées de streptocoques.

2° *Examen de la sérosité de l'érysipèle.* — Cet examen a été fait d'après le procédé classique. Piqûre de la peau préalablement lavée et recouverte d'une couche de collodion, avec une lancette stérilisée. La gouttelette de sérosité recueillie examinée de suite montre des chapelets typiques de streptocoques. Ces bacilles se colorent facilement par le bleu de Kuhne et le violet de gentiane, ils résistent à la décoloration par l'alcool d'après la méthode de Gram.

L'ensemencement sur agar d'une trace de la sérosité donne de très nombreuses colonies fort petites de streptocoques et à peine deux ou trois de coccus.

3° *Examen du pus de l'abcès du genou.* — L'examen fait sur

lamelles seulement après coloration par la méthode de Gram montre une grande quantité de cocci en chapelets au milieu de bacilles de la peau également nombreux. Quelques staphylococques.

OBSERVATION II (personnelle).

Erysipèle ambulant développé autour d'une pustule vaccinale.  
Absès multiples. — Guérison lente.

R... (Emile), né le 18 janvier 1893. — Service de M. le Dr Hutinel. — Salle Valleix. — Entré le 3 février.

*Examen le 3 février.* — L'enfant a été vacciné il y a huit jours à la région deltoïdienne du côté gauche. Il présente une pustule vaccinale unique, aplatie, typique. Cette pustule est entourée d'une zone rouge foncé que limite peu nettement un bourrelet irrégulier. Abattement. Agitation. L'enfant a présenté hier deux convulsions. Il refuse aujourd'hui le sein. Température soir 39,6. Poids, 2 k. 750. On institue de suite le traitement par pulvérisations boriquées. L'enfant est mis dans une couveuse. La plaie ombilicale est entièrement cicatrisée. Pas de diarrhée.

Le 4. — La rougeur érysipélateuse occupe toute la région deltoïdienne et empiète assez largement sur le thorax et sur le bras. Température matin 38,9, soir 38,6. Abattement moindre. Trois selles mélangées.

Le 5. — L'érysipèle ne s'est point étendu depuis hier. On continue les pulvérisations. Température matin 38,2, soir 38,7. Etat général assez bon. Pulvérisations.

Le 6. — L'érysipèle qui semblait s'être arrêté a gagné aujourd'hui toute la partie droite du thorax. Température 38,5 matin et soir.

Le 7. — Etat stationnaire. On continue les pulvérisations. Température matin 38,3, soir 38°.

Le 8. — Même état. Température matin 38,2, soir 38,9. Abattement. Poids, 2 k. 770.

Le 9.— L'érysipèle occupe maintenant tout le flanc gauche, la région fessière et la partie supérieure de la cuisse du même côté. Température matin 38,5, soir 38,6.

Les 10 et 11.— Etat stationnaire. La rougeur érysipélateuse semble pâlir et se limiter. Température oscillant autour de 38°.

Le 12. — L'érysipèle s'est manifestement arrêté. Température matin 38°, soir 38,4. Pulvérisations boriquées continuent.

Du 13 au 15.— L'érysipèle est disparu. Poids 2 k.900. Même traitement. La température oscille encore autour de 38°. Un peu de diarrhée.

Le 16. — Petit abcès au niveau du coude gauche, ouvert et pansé. Pulvérisations. Température matin 38°, soir 38,2. Poids 2 k. 900.

Le 18. — Diarrhée : six selles mélangées. L'état général n'est cependant pas plus mauvais. Petit abcès de la région occipitale. Acide lactique 3 grammes en potion.

Le 19. — Diarrhée diminuée. Température matin 37,5, soir 37,6.

Le 20. — Température matin 37,5, soir 37,9. La diarrhée est arrêtée, on suspend l'acide lactique. Abcès un peu plus volumineux que les précédents, à la région lombaire. Poids 2 k. 980. Température : matin 37,2, soir 37,5.

De 21 au 27. — Etat général s'améliore manifestement, la diarrhée s'est arrêtée. Il ne se forme pas de nouveaux abcès. Les pulvérisations sont suspendues. La température continue cependant à osciller aux environs de 37,5.

Le 28. L'enfant est baigné et envoyé à la campagne.

### OBSERVATION III (personnelle).

Erysipèle périombilical guéri par les pulvérisations boriquées.

C... (Jean), né le 17 avril 1893. — Salle Valleix. — Service de M. le Dr Hutinel. — Entré le 17 avril.

*Examen le 28 avril.* — Poids 2 k. 500. Enfant fort. Pas de diarrhée. La plaie ombilicale est ouverte et suppure. Rougeur

diffuse de toute la région. Sans bourrelet bien net. Pas de renseignements sur la mère. Pansement antiseptique et pulvérisations boriquées. L'enfant est mis dans une couveuse. Température 37,6 le matin et 37,5 le soir.

Le 29. — La rougeur ne s'est pas étendue. Température 37,3 le matin, 37,5 soir. Un peu de [diarrhée, 3 selles mélangées. Même traitement.

Le 30. — La rougeur érysipélateuse a beaucoup diminué. Toujours un peu de diarrhée. Température 37,1 matin et 37,5 soir.

Le 1<sup>er</sup> mai. — L'érysipèle est entièrement disparu, l'ombilic presque cicatrisé, pas d'abcès. Poids 2 k. 450. Très légère diarrhée. Température 37,2 et 37,5.

Du 2 au 6. — L'état s'améliore. Poids 2 k. 550. On cesse les pulvérisations.

Le 10. — L'enfant est envoyé à la crèche. Poids 2 k. 620.

#### OBSERVATION IV.

Erysipèle périombilical très léger, guéri rapidement par les pulvérisations boriquées (1).

Enfant inconnue, née le 8 février 1893. — Salle Valleix. — Service de M. le Dr Hutinel. — Entrée le 9 février.

Le 9 février. — Pas de renseignements sur les parents. L'enfant paraît n'avoir qu'un jour, la plaie ombilicale n'a pas été pansée. Elle est sale, suintante, entourée d'une zone érysipélateuse peu foncée, sans bourrelet net. Température 38° le matin et 38° le soir. Pas de diarrhée. Etat général bon. L'enfant est mise dans une couveuse. Pulvérisations boriquées.

Le 10. — Poids 3 k. 370. Température le matin 37,5 et le soir 37,7. La rougeur périombilicale est presque entièrement

(1) L'examen bactériologique n'ayant pas été fait, ce cas n'est peut-être qu'une simple lymphangite.

disparue. Etat général très bon, on continue les pulvérisations. Le 12 février; l'enfant sort guéri.

#### OBSERVATION V.

Erysipèle périombilical. — Diarrhée. — Mort rapide.

G... (Marcelin), né le 19 avril 1891. — Salle Valleix, service de M. le Dr Hutinel. — Entré le 29 avril.

Le 29 avril. — Température soir 37,6.

Le 30. — Aucun renseignement sur la mère. L'enfant pèse 2 k, 050; il est amaigri, prostré, violacé. La plaie ombilicale est ouverte et suppure. Elle est entourée par une zone rouge nettement érysipélateuse, limitée par un bourrelet vague. Le ventre est ballonné. Diarrhée abondante verte. Vomissements. La face paraît paralysée du côté droit. Température matin 37°, soir 37,2. L'enfant est mis dans une couveuse. Pulvérisations boriquées rejetées. Acide lactique 2 grammes.

Le 31. — Température matin 37,4 soir 37,6. Poids 1 k, 850. L'état général est encore plus mauvais qu'hier. La diarrhée et les vomissements continuent. L'ombilic continue à suppuer, la rougeur érysipélateuse a gagné toute la région ombilicale et empiète sur les régions voisines.

Le 1<sup>er</sup> mai. — Température matin 37,8 soir 37,9. Aggravation. La diarrhée persiste. Vomissements verts rejetés. Convulsions dans la matinée. L'enfant est violacé sa face est tirée, très amaigrie, ses extrémités sont refroidies. Le ventre est toujours très ballonné. L'érysipèle a pâli et ne s'est point accru. Pas d'albumine dans l'urine qui est fort rare. L'ombilic est profondément ulcéré et se creuse toujours davantage. Pansements antiseptiques et pulvérisations. Lavage de l'estomac. Poids 1 k, 670.

Le 2. — L'enfant est complètement athrepsié. Il est froid. Il respire toutes les minutes. Les vomissements n'ont point cessé. L'érysipèle a disparu; la plaie ombilicale suinte moins mais est devenue noire. Muguet depuis hier.

Décès à 1 heure 1/2 de l'après-midi sans nouveaux phénomènes.

L'autopsie manque.

OBSERVATION VI.

Erysipèle ambulant ayant débuté par la conjonctive de l'œil gauche.

— Enfant suspect de syphilis. — Mort rapide. — Autopsie.

T... (Jeanne), née le 2 février 1892.

Pavillon de la Nourricerie. — Service de M. le Dr Hutinel.  
— Entrée le 3 mars 1892.

Le 3 mars. — L'enfant qui arrive du dehors présente une rougeur érysipélateuse étendue à tout le côté gauche de la face.

Cette rougeur est limitée par un bourrelet assez net. La conjonctive de l'œil gauche est rouge, très vascurarisée, suintante.

Les paupières du côté gauche sont très œdématisées. C'est au niveau de l'angle interne de l'œil qu'a débuté l'érysipèle qui ne paraît dater que de la matinée. La conjonctive du côté droit est saine. La plaie ombilicale est entièrement cicatrisée.

Pas de renseignements sur les parents.

Coryza léger, séro-purulent. Papules rouges assez nombreuses aux fesses. Epaissement des plis radiés de l'anus. Pas de lésions osseuses. Légère desquamation des pieds et des jambes. Température soir 38,7. L'enfant est mis dans une couveuse, nourrie à l'ânesse. Pulvérisations boriquées.

Le 4. — Température matin 38,6, soir 38,7. Poids 2 k. 500  
L'érysipèle s'est très étendu. Il occupe le cou, la partie supérieure du bras et tout le côté gauche du thorax.

Etat général mauvais. Soif. Pas de diarrhée. On continue les pulvérisations boriquées.

Le 5. — Température matin 38°, l'état général s'est encore aggravé. Poids 2 k. 470. L'érysipèle qui a pâli à la face et au cou, occupe maintenant tout le dos et descend jusqu'au

niveau des aines, formant comme un caleçon. Le ventre est ballonné.

Le 5. — Température soir 40°. Convulsions. L'enfant meurt le 6 à 4 heures du matin.

*Autopsie* le 6 au matin.

La rougeur érysipélateuse est disparue et remplacée par des taches violacées sur le dos et sur les fesses. Les poumons sont légèrement congestionnés aux bases.

Le cœur paraît sain ; le sang qu'il contient est fortement coloré sans être poisseux.

Le foie est un peu pâle, un peu mou ; gras à la coupe.

La rate est ferme, un peu grosse.

Les reins paraissent sains. Pas de ganglions mésentériques. Pas de lésions intestinales.

Rien aux os, rien à l'encéphale.

Les ganglions un peu gros dans les aines.

Il n'a été fait ni examen bactériologique ni examen histologique.

#### OBSERVATION VII.

Erysipèle périombilical léger, guéri par les pulvérisations boriquées.

J... (Raoul), né le 30 juillet 1892. — Salle Valleix, service de M. le Dr Hutinel, entré le 5 août 1892.

Le 5 août. — Température soir 38,7.

Le 6. — Température matin 38,2.

Poids 2 k. 980. Pas de renseignements sur les parents. L'enfant qui est fort, présente une ulcération assez nette et assez large de l'ombilic. Suppuration abondante. Autour de cette ulcération, zone rouge occupant toute la région ombilicale. Bourrelet assez manifeste.

Pas de diarrhée. L'enfant est mis dans une couveuse, nourri au sein. Pulvérisations boriquées. Température soir 38,9.

Le 7. — Température matin 38,1. L'érysipèle s'est un peu étendu. La plaie ombilicale a moins mauvais aspect. On continue les pulvérisations. Température soir 38,4.

Le 8. — Etat général toujours satisfaisant. L'érysipèle ne s'est pas étendu.

Température matin 3,75, soir 38°.

Poids 2 k. 930. Pas de diarrhée.

Le 9. — L'érysipèle peut être considéré comme guéri. Température matin, 3,77, soir 38°2.

Le 10. — Poids 2 k. 950. Température matin 37,2 soir 37,3.

Le 11. — L'enfant complètement guéri est baigné, envoyé à la crèche.

#### OBSERVATION VIII.

Erysipèle péri ombilical ambulant. — Œdème des membres inférieurs et de la partie inférieure de l'abdomen. — Tendance au sphacèle. — Mort par ictère grave. — Autopsie.

M... (Andrée), née le 17 juin 1893. — Entrée le 22 juin. — Service de M. le D<sup>r</sup> Hutinel. — Salle Vallex.

Le 22 juin. — Aucun renseignement sur la mère. L'enfant entre avec une éruption érysipélateuse occupant toute la partie inférieure de l'abdomen et la face interne des cuisses. Pas de bourrelet net. La plaie ombilicale est ouverte, enflammée, et sécrète une sanie purulente.

Les jambes et les pieds sont extrêmement œdématisés. Cet œdème est mou, dépressible.

L'enfant est mis dans une couveuse, nourri au sein. Pulvérisations boriquées.

Température matin 37,7; le soir 39,2. Soif, agitation. Etat général satisfaisant. Pas de diarrhée.

Le 23. — Poids 3 k. 240. Température matin 37,6, soir 37,5. Etat général moins satisfaisant. La rougeur érysipélateuse a gagné les organes génitaux externes qui sont très rouges et très œdématisés. L'œdème occupe maintenant non seulement les membres inférieurs en entier, mais encore la partie inférieure de l'abdomen.

Pulvérisations boriquées. Bains de sublimé.

Le 24. — L'érysipèle gagne la région fessière; il s'est

atténué au niveau de l'abdomen. Les grandes lèvres sont violacées, lisses, luisantes, très œdématiées, le sphacèle semble imminent. Pas de diarrhée.

Température matin 37,4; soir 37,8. Poids 3 k. 180. L'enfant se nourrit mal. Mauvais état général.

Pulvérisation. Bains de sublimé. Pansement iodoformé sur les fesses et la vulve.

25 juin. — Coloration ictérique légère de la face et des muqueuses. Ventre ballonné, douloureux à la pression. L'œdème s'est encore étendu, toute la paroi abdominale est œdématiée, dure; les membres inférieurs sont également durs et œdématiés. Tendance au sphacèle des grandes lèvres. Mauvais état général.

Température matin 37,2; soir, 37,6. Pas de diarrhée. Les urines n'ont pas été recueillies, elles teignent le linge en jaune.

26 juin. — Poids 2 k. 850. Température matin 37,4. Très mauvais état général. Même œdème. La rougeur érysipélateuse a beaucoup pâli. L'ictère est devenu général et augmente d'intensité à vue d'œil. Il est jaune le matin, déjà vert dans l'après-midi.

L'enfant ne se nourrit plus; il n'a point vomé; pas de diarrhée. Le ballonnement du ventre est extrême. Respiration suspicieuse; rien à l'auscultation. Anurie. Refroidissement des extrémités et de la face.

Température à 5 heures du soir 36,9.

Mort à 7 h. 1/2 du soir dans le même état. Coloration vert intense de la peau. Pas de convulsions.

*Autopsie le 27 juin au matin.* — Au niveau de l'ombilic on constate une petite plaie, la cicatrice n'étant pas encore parfaitement formée. Au-dessous la rougeur des tissus qui existait pendant la vie a en partie disparu, mais il reste un empâtement diffus très prononcé au niveau du pénil et des grandes lèvres. La coupe du tissu cellulaire montre à ce niveau une infiltration œdémateuse très marquée avec tendance au sphacèle; la peau à ce niveau a conservé son aspect violacé et est vineuse. Le corps est complètement jaune verdâtre.

En coupant au niveau de l'ombilic on constate que la petite plaie est très peu profonde, elle n'intéresse que la partie la plus superficielle de la région ombilicale et au-dessous le fond de la région ombilicale ce qui fait que sa paroi postérieure n'est pas envahie par la suppuration et est intacte.

Dans l'abdomen, rien, pas de péritonite, pas trace d'arborisation vasculaire ou de signes de congestion ou d'inflammation du péritoine. Le péritoine est jaune, infiltré de bile, les anses intestinales sont dilatées et remplies de gaz. Rien dans l'estomac ni les intestins.

La veine ombilicale n'est pas grosse, ni la veine porte. Pas de phlébite. Ces deux veines ont leur volume normal et ne contiennent que quelques gouttes de sang non coagulé. Leurs parois ne sont pas indurées, elles sont normales.

La vésicule biliaire est presque vide, elle contient quelques grammes de bile épaisse, comme gélatineuse, formée d'une foule de petits grumeaux : il est impossible de la faire couler par une ouverture même large pratiquée à la paroi de la vésicule, il faut l'enlever avec le manche d'un scalpel.

Le foie est jaune, infiltré de pigments biliaires, il est plutôt diminué de volume et à la coupe il est luisant. Sa consistance est moins ferme qu'à l'état normal.

Dans le péricarde quelques grammes de liquide jaunâtre, coloré par des pigments biliaires. Rien dans le cœur.

Aux deux bases des poumons congestion assez intense, œdème pulmonaire, pas de pneumonie, pas de pleurésie.

Rien non plus du côté des méninges. Les reins sont congestionnés, la rate grosse.

*Examen bactériologique et microscopique.* — Nous avons quelques heures avant la mort, fait desensemencements sur agar et sur gélatine avec le pus de la cicatrice ombilicale et du sang pris au bras après avoir lavé la peau avec l'alcool, l'éther et le sublimé, Dans nos cultures faites sur agar et gélatine, nous avons trouvé dans le pus de l'ombilic des streptocoques. Dans le sang de la piqûre nous avons des staphylocoques, mais cette découverte est sans importance, elle prouve seulement que nous n'avons pas lavé suffisamment la peau.

Après la mort nous avons fait des ensemencements avec le tissu du foie, de la rate, le sang du cœur, de la veine ombilicale, le liquide péricardique, la bile. Dans aucune de ces cultures il n'a poussé de microbe. Dans la rate, au contraire, nous avons trouvé de nombreux microbes, nous y avons trouvé du *bacterium coli* commune et des coccus qui nous semblent être être des streptocoques. Pas d'altération de la veine ombilicale. Le foie, au contraire, présente une altération considérable. L'arrangement lobulaire a complètement disparu, il est impossible de distinguer les lobules les uns des autres, les cellules du foie sont gonflées et présentent dans leur intérieur des granulations noirâtres très nombreuses, avec multiplication de leur noyau. Pas de dégénérescence graisseuse au niveau des espaces portes, nombreuses cellules embryonnaires entourant les vaisseaux portes et biliaires.

## CONCLUSIONS

I. L'érysipèle des nouveau-nés est très grave, le plus souvent mortel, surtout quand il est d'origine puerpérale.

Pourtant il est moins fatalement mortel depuis l'emploi des antiseptiques.

II. Il se complique presque toujours d'abcès multiples et se renouvelant pendant longtemps, souvent de sphacèles, de gangrènes ou de suppuration dans le péritoine, le foie, la vessie ombilicale, les plèvres, le péricarde ou les méninges.

III. Il se distingue de l'érysipèle de l'adulte parce qu'il est essentiellement ambulant, qu'il n'est pas limité comme celui de l'adulte par un bourrelet bien net. Souvent aussi il peut évoluer sans fièvre ou accompagné d'une très légère élévation de température seulement.

IV. Il reconnaît comme cause le streptocoque comme celui de l'adulte. Il doit sa malignité plus grande à la virulence souvent exaltée du micro-organisme provenant d'une mère en état de puerpéralité et aussi à la moindre résistance de l'organisme. Il peut être rapproché pour cette dernière cause de l'érysipèle du vieillard le plus souvent mortel aussi.

---

Vu : *le Président,*  
TARNIER.

Vu : *le Doyen de la Faculté,*  
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :  
*le vice-recteur de l'Académie de Paris,*  
GRÉARD.

## BIBLIOGRAPHIE

- DURAND. — De l'érysipèle des nouveau-nés. (Th. Paris, 1850.)
- FUALDÈS. — De l'érysipèle de l'ombilic chez les nouveau-nés. (Th. Paris, 1872.)
- YOT. — De l'érysipèle inflammatoire non puerpéral des enfants nouveau-nés. (Th. Paris, 1873.)
- SCHWEBEL. — Sur l'érysipèle des nouveaux-nés. (Th. Narbonne, 1835.)
- SCHMIDT. — De erysipelate neonatorum. Leipzig, 1821.
- BOUCHUT. — Traité pratique des maladies des nouveau-nés. 1873.
- BILLARD. — Traité des maladies des enfants, 1873.
- TROUSSEAU. — Erysipèle des enfants à la mamelle. *Journal de médecine de Berne*, 1844.
- Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. 1<sup>er</sup>, p. 244.
- LORAIN. — Sur la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né. (Th. Paris, 1855.)
- BARTSCHER. — Ueber erysipelas der Kinder. J. f. Kinderkrank. Erlangen, 1867, p. 1.
- BIERBAUM. — Erysipelas der neugeboren und der saugling I. f. Kinderkrankh Erlangen, 1867, p. 248.
- DESCROIZILLES. — Considérations sur l'érysipèle étudié chez l'enfant. *France médicale*, 1882, p. 565.
- HERVIEUX. — Nouvelles recherches sur l'érysipèle des enfants à la mamelle et des nouveau-nés. *Gaz. méd. de Paris*, 1856, p. 123-158.
- Lettre sur l'érysipèle des nouveau-nés. *Gaz. méd. Paris*, 1856.
- YVAREN. — Érysipèle très intense chez un enfant de neuf jours suivi de guérison. *Rev. méd. chir.*, 1848, p. 129.
- VINCENT. — Érysipèle généralisé chez un nouveau-né, abcès multiples. Guérison. *Gaz. hôp.*, Paris, 1874.

- FREDET. — Érysipèle généralisé chez un enfant de douze jours, abcès multiples. Guérison. *Gaz. hôp.*, Paris, 1874.
- GUERSANT. — De l'érysipèle chez les enfants. *Bulletin général de thérapeutique*, 1866.
- MOREL. — *Bull. soc. anatomique*, 1891.
- MAVRIKOS. — Th. Paris, 1887.
- DALEAS. — Th. Paris, 1891.
- MENAGER. — Cas d'érysipèle ambulant chez un enfant de huit jours. Guérison. *Journ. méd. de l'Ouest*, 1871.
- ACHALME. — Considérations pathogéniques et anatomo-pathologiques sur l'érysipèle. (Th. Paris, 1893.)
- COBILOVICI. — Contribution à l'étude des infections ombilicales chez les nouveau-nés. (Th. Paris, 1893.)





